

UNIVERSITÉ DE GENÈVE — FACULTÉ DE MÉDECINE
CLINIQUE INFANTILE — DIRECTEUR : PROFESSEUR P. GAUTIER

LA FIÈVRE TYPHOÏDE 'CHEZ LES ENFANTS

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
POUR L'OBTENTION DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Kamel FARAH
(Egypte)



NEWYORK ACADEMY
OF MEDICINE
MAR -5 1931
LIBRARY

GENÈVE

IMPRIMERIE DU COMMERCE, BOULEVARD CARL-VOGT, 79

1930

Thèse N° 1344

h y p. l

LA FIÈVRE TYPHOÏDE CHEZ LES ENFANTS

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
POUR L'OBTENTION DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Kamel FARAH
(Egypte)



GENÈVE

IMPRIMERIE DU COMMERCE, BOULEVARD CARL-VOGT, 79

—
1930

La Faculté de Médecine, sur le préavis favorable de Monsieur le Professeur P. GAUTIER, autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

Genève, le 22 juillet 1930.

*Le Doyen ;
Eug. BUJARD.*

Je présente ma thèse

à mon Professeur

Monsieur le D^r P. GAUTIER

avec mes remerciements

et l'expression de ma reconnaissance.

A mes amis.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

La fièvre typhoïde n'est pas rare chez les enfants, et son étude présente un grand intérêt.

La fièvre typhoïde est plus rare dans la première que dans la seconde enfance. Etant donné qu'elle se transmet surtout, sinon exclusivement par la voie digestive, on comprend très bien que les nourrissons soient exceptionnellement frappés. Ils le sont cependant, quand l'allaitement naturel fait place à l'allaitement mixte ou artificiel et quand ils reçoivent, au lieu du lait stérile de la nourrice, un lait suspect qui peut servir de véhicule aux agents pathogènes.

Les statistiques publiées établissent la rareté extrême de la fièvre typhoïde au-dessous de six mois et sa fréquence relative graduellement croissante avec l'âge des sujets. La multiplicité des formes cliniques de la maladie explique les nombreuses affections avec lesquelles la fièvre typhoïde peut être confondue. Chez le nourrisson, c'est une septicémie, une méningite, une entérite. Dans la moyenne et la grande enfance, c'est un embarras gastrique fébrile, une angine, une colite, une appendicite, une pneumonie, une grippe, une typho-bacillose, une granulie, une méningite. Donc ce sont les procédés des laboratoires qui donnent la plus grande précision.

MODE D'INFECTION

Les matières fécales sont l'agent de contagion de beaucoup le plus important de la fièvre typhoïde. Ce sont elles surtout qui contiennent le bacille d'Eberth, c'est essentiellement par elles que se transmet et se propage la maladie. Les matières fécales pullulent en bacilles typhiques, provenant soit de la bile, soit des ulcérations intestinales.

Cependant la dissémination du microbe peut se faire également par d'autres voies. L'élimination des bacilles typhiques est possible par les urines des malades.

La fièvre typhoïde se transmet surtout et presque exclusivement par les matières fécales. Cette transmission peut se faire selon deux modes différents :

1^o Directement, par souillure fécale des mains ; c'est la fièvre typhoïde de contact, fréquente dans la contagion hospitalière, à l'occasion de la défécation, de la miction, du changement de linge, du transport du malade dans sa baignoire (maladie des mains sales, contagion interhumaine où les mains sont les organes récepteurs et les organes transmetteurs du bacille), et les mêmes principes aussi trouvés dans la maison.

2^o Indirectement, par l'intermédiaire de l'eau de boisson ; ce mode constitue la cause primordiale de contagion de la maladie. L'étude attentive de toutes les épidémies récentes de fièvre typhoïde a bien mis en évidence, dans la dissémination de la maladie, le rôle majeur et pour ainsi dire exclusif de l'eau contaminée par les déjections des typhiques.

Dans les régions où sévissaient des épidémies de fièvre typhoïde, l'amélioration de la canalisation de l'eau n'a pas tardé à les faire disparaître. A Paris, la maladie subit une recrudescence chaque fois que l'on substitua l'eau de Seine à l'eau de la Vanne. Quand la transmission se fait autrement que par l'eau de boisson, c'est encore l'eau souillée qui intervient le plus souvent comme vecteur du microbe, ou à son défaut les matières fécales ou les urines bacillifères.

Tel est le cas pour le lait (soit qu'il ait été mélangé à de l'eau contaminée, soit que les personnes qui l'ont manipulé, depuis la traite jusqu'à l'ingestion, aient eu leurs mains souillées de bacilles d'Eberth) ; les légumes arrosés avec de l'eau contenant les germes (l'épidémie de Vannes de 1909 a été due à l'usage de légumes crus que le fermier arrosait avec les matières fécales de sa fille atteinte de fièvre typhoïde).

Ainsi dans une observation de FERNET, une épidémie observée dans un pensionnat de jeunes filles, la seule cause qui put être invoquée fut le dégagement des miasmes qui se produisit au moment de la vidange d'une fosse d'aisance où avaient été jetées un an auparavant les déjections d'une typhique.

Les parasites ou les animaux domestiques ont également été incriminés dans certains cas : ABESQUI a retrouvé trois fois sur quatre le bacille typhique dans le corps de poux vivant sur des typhiques ; FICHER a pu montrer expérimentalement que la mouche commune peut servir d'agent de

contamination; son danger est réel, elle est un intermédiaire puissant et redoutable, mais l'eau souillée reste le principal agent de contagion interhumaine.

Des considérations précédentes découle donc cette conclusion que la fièvre typhoïde se propage essentiellement par les excréta des typhiques, cependant les excréta des sujets apparemment sains peuvent posséder le même pouvoir infectant. Les germes sont isolés d'infections biliaires aiguës ou chroniques, de cholécystites, d'ictères. Tous ces sujets sont des porteurs sains de germes; c'est-à-dire des sujets susceptibles de véhiculer et de diffuser le bacille typhique alors qu'ils ne sont pas ou ne sont plus des typhiques. Leur rôle dans la dissémination de la maladie est d'autant plus important qu'il ne s'agit pas de sujets immobilisés dont les déjections sont l'objet de précautions particulières. Ils sont fréquemment les agents de contagion directe interhumaine. Les bacilles sont susceptibles, en effet, de continuer à pulluler dans la vésicule biliaire; ils s'éliminent soit par les fèces, soit plus rarement par les urines.

Il existe donc deux groupes de bacillifères apparemment bien portants: le bacillifère fécal et le bacillifère urinaire. L'élimination peut être continue ou intermittente, l'intermittence pouvant être de plusieurs mois. Ce sont parfois des quantités énormes de bacilles que rendent ces sujets, parfois en culture pure.

On a rapporté de nombreuses observations d'épidémies dues à la présence de porteurs sains de germes: une cuisinière contamine 38 sujets, une porteuse de pain 14 personnes, c'est-à-dire les sujets exerçant une profession alimentaire sont à ce sujet particulièrement dangereux. Ces porteurs de germes peuvent appartenir à plusieurs variétés étiologiques:

1^o Les typhiques à la période d'incubation, la bacillémie et la bacillurie pouvant précéder de 8 à 25 jours le début de la maladie.

2^o Les convalescents de fièvre typhoïde.

3^o Les typhiques guéris qui éliminent les microbes quelquefois pour plusieurs années.

4^o Les sujets sains n'ayant jamais eu la fièvre typhoïde. Il s'agit le plus souvent de personnes ayant approché des

typhiques (garde-malades, infirmières, médecins, etc.), Donc l'on constate que les plus importantes causes dans la propagation de la maladie sont l'eau de boisson et les porteurs de germes.

Les épidémies imputables à l'eau de boisson ont presque toujours un début brusque, explosif, atteignant rapidement un grand nombre d'individus. Celles dues aux porteurs de bacilles ont le plus souvent un caractère limité, à la même maison, à la même famille, à la même collectivité; l'extension des cas est plus faible, elle se prolonge anormalement, s'étendant parfois sur un long intervalle sans lien apparent.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions présentent chez l'enfant certaines particularités. Ces particularités sont surtout manifestes chez les nourrissons. A mesure que les enfants avancent en âge, les lésions se rapprochent de plus en plus de celles constatées chez l'adulte. Je ne décris dans ce chapitre que les altérations du tube digestif, celles des autres organes le sont à propos des complications.

L'estomac est peu touché. Dans l'intestion grêle, plus ou moins distendu par des gaz et du liquide diarrhémique, on constate du gonflement des follicules clos et des plaques de Peyer, qui sont habituellement molles; ces lésions sont parfois difficiles à différencier de celles de certaines entérites simples dites folliculaires. L'ulcération des follicules et des plaques, exceptionnelle chez le nourrisson, augmente de fréquence avec l'âge; dans l'ensemble les ulcérations manquent dans un quart des cas, elles sont tardives, peu nombreuses, petites et se cicatrisent rapidement; chez l'adulte au contraire, elles sont la règle. Le gros intestin montre également la tuméfaction des follicules clos et parfois des ulcérations. Il peut exister des lésions appendiculaires. L'ulcération intestinale peut aboutir à l'hémorragie ou à la perforation, celle-ci siège habituellement sur les dernières parties de l'intestin grêle, parfois sur le gros intestin ou sur l'appendice. Les ganglions mésentériques sont gros et conges-

tionnés ; l'importance des adénopathies contraste avec le peu d'intensité des lésions intestinales.

SYMPTOMATOLOGIE

(Formes cliniques).

Il convient de distinguer la fièvre typhoïde du nouveau-né, celle du nourrisson, celle de la moyenne et de la grande enfance.

1^o *Fièvre typhoïde du nouveau-né.* — Les femmes atteintes de fièvre typhoïde accouchent plus souvent d'un enfant mort-né. Si l'enfant naît vivant, il peut être sain ou présenter les symptômes d'une septicémie avec gros foie et grosse rate, et mourir au bout de quelques jours. Ces cas sont très rares.

2^o *Fièvre typhoïde du nourrisson.* — Elle se présente sous des aspects cliniques variables et sa symptomatologie n'a rien de caractéristique. A cet âge, les symptômes de la fièvre typhoïde manquent souvent, la diarrhée, l'abattement sont des phénomènes fréquents ; la fièvre n'a qu'exceptionnellement la courbe classique ; les taches rosées lenticulaires manquent ou sont peu nombreuses et peu nettes ; la tuméfaction de la rate n'est pas habituelle.

La forme la plus importante est la forme qui présente les phénomènes d'une affection gastro-intestinale banale ; elle montre la fièvre, diarrhée, ballonnement du ventre, mais ces symptômes ne s'amendent pas par le traitement et l'apparition des taches rosées établit le diagnostic. Cette forme est moins grave que la forme méningitique. Parfois, cependant, apparaissent une diarrhée cholériforme, du collapsus, de l'algidité et la maladie se termine rapidement vers la mort.

Chez les enfants atteints d'une affection gastro-intestinale, les symptômes de celle-ci masquent plus ou moins ceux de l'infection typhique et aggravent cette dernière.

3^o *Fièvre typhoïde de la moyenne et de la grande enfance.* — La symptomatologie générale se rapproche de celle rencontrée chez l'adulte ; elle présente cependant un certain nombre de caractères particuliers. D'une façon générale, les symptômes sont plus atténués ; la fièvre est moins

élevée, moins tenace, moins prolongée, mieux tolérée; les symptômes digestifs et abdominaux sont moins accentués, les taches rosées plus discrètes, les épistaxis plus rares, les symptômes nerveux moins profonds, la splénomégalie est peut-être moins accusée, la bronchite sibilante moins constante. Par contre, au début, les vomissements existent dans beaucoup de cas.

Les *formes légères* sont caractérisées par l'atténuation des symptômes, le caractère rémittent de la fièvre, la durée souvent plus courte (10 à 15 jours).

Dans certains cas elles constituent des formes ambulatoires, des formes abortives.

Les *formes graves* sont plus rares, elles se rencontrent surtout dans certaines épidémies. Elles sont caractérisées par des phénomènes adynamiques, la température est presque toujours très élevée. L'asthénie est profonde; il y a parfois des réactions méningées, la pression sanguine est basse, la tachycardie accentuée, les extrémités sont cyanosées et froides. La diarrhée est abondante, le ventre très météorisé. La langue est sèche. Les urines sont rares. Souvent apparaissent des escharres, parfois des hémorragies ou des perforations intestinales. La maladie est longue et suivie d'une convalescence traînante avec amaigrissement extrême, asthénie, sécheresse de la peau. Les rechutes sont fréquentes. La fièvre paratyphique se voit dans toute l'enfance, même chez le nouveau-né et le nourrisson; dans la moyenne et la grande enfance, elle est aussi commune que chez l'adulte. Cliniquement elle réalise les symptômes de la fièvre typhoïde.

La brusquerie du début, l'herpès, l'abondance des taches rosées, la splénomégalie, la constipation ne sont pas des caractères suffisants pour établir le diagnostic avec la fièvre typhoïde.

Dans certains cas, le tableau clinique est celui de l'embarras gastrique fébrile. D'autres fois ce sont des entérites cholériformes, des septicémies sans localisations, des ictères. D'une façon générale la para A donne le tableau clinique typhique, mais la para B donne aussi le tableau gastro-intestinal.

OBSERVATIONS

Parmi les observations de la Clinique infantile de Genève, nous en avons choisis quelques-uns qui montrent bien la variété de la maladie chez les enfants.

N° 1. — Obs. 416, 1913. E.T., fillette de 13 ans. Entrée 2 juillet. Sortie 19 novembre.

Diagnostic: Fièvre typhoïde avec trois rechutes et une ostéite du radius droit.

Mère bien portante. Père mort à 49 ans, alcoolique, un frère mort à 14 ans d'une affection cardiaque, une sœur morte à 9 ans ¹/₂ d'une méningite. Née à terme, nourrie au sein 13 mois, très bien développée. A eu la rougeole à 3 ans. Pas d'autres maladies. En 1911 elle a eu des pertes blanches et fit un séjour à la Clinique infantile. En 1912, malade 12 jours, d'une pérityphlite. Le 27 juin elle passe la journée avec sa classe; le soir, elle est rentrée fatiguée, elle a eu de la diarrhée et de la fièvre. La diarrhée est survenue les 28, 29, 30 et s'est arrêtée. Elle se plaint de douleurs vers le dos; pas d'épistaxis, se plaint beaucoup de céphalées. Elle a également des douleurs assez fortes dans l'abdomen. Le docteur est appelé et envoie l'enfant à la Clinique infantile avec le diagnostic: Embarras gastrique, fièvre typhoïde.

Status: Enfant grande, bien développée, pommettes rouges, pas cyanosées, pas d'œdème, pas de dyspnée. Le regard est fixe.

Système nerveux: Pupilles réagissent normalement. Réflexes normaux.

Système respiratoire: Respiration lente, régulière. Thorax symétrique, ne tousse pas, ne crache pas.

Poumon: Sonorité normale partout. Pas de souffle, pas de râle.

Système circulatoire: Pouls régulier, bien frappé, un peu de dichor-tissime, 120. Cœur normal.

Système digestif: Langue saburrale, soit assez intense.

Selles: Constipée. Deux fois, sèches.

Abdomen: Semble peu tendre. Dououreux à la palpation. Pas de taches rosées. Aspect typhique. Langue humide saburrale.

Poumon: Rien de particulier.

4 juillet: Température toujours très élevée. La rate n'a pas augmenté davantage, pas de taches rosées.

7 juillet: Il apparaît quelques taches rosées (dixième jour) sur l'abdomen et le dos. Même état général.

10 juillet: La courbe de température tend à baisser, deux nouvelles taches, même état.

12 juillet: Même état. La température baisse progressivement.

16 juillet: Température oscille. Rate sans changement. Selles un peu diarrhéiques.

23 juillet: Va bien. Température un peu abaissée. Pas de bains depuis 4 jours.

22 juillet: Widal pour bacilles d'Eberth (sang): $1/10$ en 20' agglutination; $1/50$ en 45' agglutination; $1/100$ en 60' agglutination.

26 juillet: Apyrexie depuis 3 jours. A mangé un œuf.

28 juillet: A 7 heures du soir, la température reprend, atteint 39° .

Première rechute.

1^{er} août: La rate augmente.

2 août: La rate dépasse d'un travers de deux doigts le rebord costal. 40° à 4 heures et à 7 heures du soir.

6 août: On remarque une nouvelle tache.

7 août: La rate mesure 11 cm. Widal $1/10$ agglutination en 40'; $1/50$ agglutination en 60'; $1/100$ agglutination en 60'.

8 août: Encore de nouvelles taches.

9 août: La rate a diminué d'un travers de doigt.

11 août: La température redescend de nouveau suppression des bains.

20 août: N'a pas de température. Rate un peu sensible. 9 cm. On lui a donné 4 jours 0,15 de quinine.

23 août: Elévation de la température à 39° le soir.

25 août: L'enfant continue à faire des températures élevées chaque jour. Appétit bon. L'enfant ne s'amuse pas à cause de légères douleurs à l'avant bras droit, au niveau de la partie supérieure du radius.

27 août: Pas de changement.

28 août: La douleur persiste et on remarque un petit gonflement de la partie supérieure du radius qui est très douloureuse à la pression. On diagnostique une *ostéite typhique*.

30 août: Opération, incision de 5 cm. de longueur, peau, muscle, périoste; on trouve sous le périoste deux gouttes d'un pus blanc crémeux. On trépane l'os et curettage sur une longueur de $3\frac{1}{2}$ cm. et largeur de $\frac{3}{4}$ cm.

1^{er} septembre: La culture du pus donne de l'Eberth, puis agglutine les bacilles mobiles. La température tend à descendre. La plaie n'est pas douloureuse. Changement du pansement. Pas trace d'écoulement par le drain.

2 sept. : Quinine 0,30.

3 sept. : Pansement, pas d'écoulement. Le pansement n'est pas imbibé de pus, la plaie a bon aspect, on laisse encore le drain. La température est de 37° le matin, mais remonte le soir à 38,8° (maxim.). Plaie en bonne voie de guérison.

6 sept. : La plaie est en bonne voie de guérison, drain enlevé, sèche, pas d'écoulement.

8 sept. : La température est presque normale.

11 sept. : La température remonte d'un point vers le soir. Va bien.

13 sept. : La plaie est presque cicatrisée.

Deuxième rechute.

20 sept. : L'enfant depuis quelque temps était apyrétique. Elle recommence à avoir de la fièvre. Etat général bon.

25 sept. : Température toujours élevée. Mange bien.

1^{er} oct. : La fièvre oscille autour de 38°. L'état général est bon. Mange bien.

5 oct. : Toujours un peu de température. Bon état général.

10 oct. : Va bien. On fait mettre l'enfant un moment sur une chaise longue. Pas de réaction fébrile.

12 oct. : Rentre en salle commune. La température baisse, bon état général.

Troisième rechute.

16 oct. : L'enfant, qui était apyrétique depuis quelques jours a recommencé à avoir de la fièvre. Rien à l'auscultation.

17 oct. : La fièvre est remontée à 39-40°. Rien à l'auscultation. La rate est grosse, percutable en 8 cm. Bains.

18 oct. : Hémoculture = 0. Rate toujours grosse. Température élevée.

19 oct. : Même état.

20 oct. : La température baisse un peu.

21 oct. : La température continue à baisser.

22 oct. : La température reste au-dessous de 39°.

25 oct. : Va bien.

31 oct. : Se lève un peu, mange davantage. Pas d'élévation de température.

11 nov. : Widal $\frac{1}{10}$ agglutination incomplète en 45'; $\frac{1}{50}$ pas d'agglutination en 60'. Plus de température.

19 nov. : Part ce jour pour la campagne.

N^o. 2. — Obs. 144, 1914. P. G. Fillette de 2 ans. Entrée 25 février. Sortie (décédée) 17 mars.

Diagnostic: Fièvre typhoïde, Laryngite. Broncho-pneumonie. Pneumothorax droit, Otite.

Père 38 ans, toussé depuis 5 ans, a eu des fièvres depuis la campagne d'Abyssinie, souffre actuellement d'une pleurésie, travaille toujours, employé de tramways. Ethylisme jusqu'à il y a 3 ans. Mère 30 ans, santé délicate jusqu'à 10 ans, l'âge auquel elle fut atteinte d'une fièvre typhoïde. Mariée à 18 ans. Six couches, une fausse couche, les deux premiers enfants furent jumeaux dont un mort-né et l'autre mort *en naissant*. L'aînée fut atteinte, à 9 ans $\frac{1}{2}$, de l'ophtalmie des nouveaux-nés ainsi que du reste tous les autres enfants. A l'âge de 13 mois elle fut atteinte de bronchite et ne marcha qu'à 19 mois. Elle souffrit d'otite mais non purulente et paraît en bonne santé actuellement.

Le deuxième est âgé de 7 ans $\frac{1}{2}$, était sujet à la diarrhée depuis l'âge de 6 mois, mais semble guéri depuis un séjour qu'il a fait à la clinique infantile en mars 1912.

La troisième a 6 ans, née avant terme, séjourne actuellement à la clinique pour cause de typhus; elle a toujours joué avec des autres enfants.

Le quatrième a 4 ans $\frac{1}{2}$ et est en bonne santé.

Le cinquième, la patiente actuelle est née en terme, fut nourrie au sein pendant trois mois. Ophtalmie des nouveaux-nés et sauf cela actuellement saine.

Depuis le 17 février la petite semble moins gaie, mange moins que d'habitude, et ne veut plus prendre sa nourriture qu'à la bouteille. Le 22 février, elle commence à tousser, à devenir pâle, le soir elle est rouge, congestionnée, a de la température 39°. Les 23 et 24, elle fut somnolente, elle toussé et vomit deux fois après les repas. Les selles sont assez régulières. La mère appelle le Docteur, le 25 février, celui-ci envoie l'enfant à la clinique infantile avec le diagnostic «Pneumonie».

Status d'entrée: Enfant très bien constituée, un peu cyanosée, mais tranquille. Respiration assez rapide mais régulière. Pas d'œdème. Température 39,9. Ne toussé pas.

Système nerveux: Réflexes normaux.

Système circulatoire: Pouls plein, rapide, 120, régulier.

Système respiratoire: Submatité des deux bases, surtout à gauche, s'étendant jusqu'au sommet de ce côté surtout, le poumon montre des respirations plus accentuées à gauche. Ni râles, ni craquements, ni

souffle. Respiration plutôt profonde, régulière, pas de type pneumonique.

Système digestif: Langue sale. Pharynx, rien de particulier. abdomen légèrement ballonné. Pas de gargouillements.

Rate assez augmentée de volume. *Foie*, rien de particulier.

Système génito-urinaire: normal.

26 février: Il y a une selle solide, mal de jambes, oedémateux, Widal == négatif.

27 février: Professeur: Langue blanche. Traces de rachitisme aux jambes et bras (poignets). Rate sans changement. Une tache rosée dans le dos à droite. Poumons sans changement. Urine: albumine == 0.

28 février: Pas de changement.

1er mars: L'enfant a toujours une température très élevée, supporte moins les bains.

2 mars: Injections d'huile camphrée. Toujours pas de taches rosées.

3 mars: Température élevée.

4 mars: Sans changement.

5 mars: Bruits du cœur normaux. Culture de la gorge: Löffler == négatif. Pas de taches rosées.

6 mars: La température descend un peu, état général sans changement. A l'auscultation du poumon on ne remarque rien sauf quelques râles aux bases.

7 mars: Aucun changement. Toujours pas de taches rosées. Ulcère à l'index gauche.

8 mars: On incise l'index (pus staphitocoque et streptocoque).

9 mars. Aucun changement dans l'état général. Widal négatif.

10 mars: La température oscille (39°). Bains toutes les 3 à 4 h.

11 mars: Dans la nuit, l'enfant a soudain été prise d'une forte dyspnée avec un peu de *cyanose*. Battements des deux ailes du nez. Le matin l'enfant a l'aspect d'une broncho-pneumonie grave. Teint pâle. A l'examen pulmonaire on constate des râles à la base gauche avec sonorité de tout le poumon gauche. A droite hypersonorité en arrière et en avant, l'on passe en bas aux matités hépatiques et à gauche à la matité cardiaque. A l'auscultation: souffle amphorique.

12 mars: Même état, pas de succussion.

13 mars: Poumons, côté droit distendu, sonorité tympanique partout à droite. Pas de succussion. Respire mieux.

14 mars: Etat amélioré.

15 mars: L'enfant a l'air mieux. Auscultation meilleure. Pendant

le bain, l'enfant a une crise de convulsions qui débute par quatre ou cinq mouvements du bras droit, puis de la face. On met l'enfant dans un bain tiède, et les mouvements de la face continuent du côté gauche. Pendant la crise, l'enfant est bleue, cyanosée, dyspnéique. Après quelques minutes dans le bain, les mouvements cessent. Réflexes exagérés à gauche. Sensibilité normale. Pas de Babinski, pas de clonus. Cœur régulier. Poumons même état. On ponctionne le pneumothorax ; après la ponction le cœur et le poumon donnent la même matité. L'après-midi on remarque les mêmes signes à l'auscultation, que le matin. A 5 heures du matin, l'enfant meurt.

Diagnostic anatomique : Ulcération suppurée de l'index gauche. Ulcères de l'intestin grêle. Otite purulente droite (à microbes multiples). Thrombose des sinus. Méningite (à streptocoques). Abscess pulmonaires dont l'un est perforé dans la plèvre droite, pneumothorax (à streptocoques) Tuméfaction de la rate (plutôt ferme). Erosions hémorragiques de l'estomac. Muquet du pharynx. Tuméfaction des ganglions mésentériques. Cultures de la rate et de la vésicule biliaire négatives. Ulcères intestinaux à examiner.

N° 3. — Obs. 348, 1921. A. V. Garçon de 5 ans. Entrée 24 août 1921. Sortie 10 octobre 1921.

Diagnostic : Paratyphoïde B.

Père bien portant, n'a jamais fait de maladie du côté du poumon, 31 ans. Mère toujours en bonne santé, 41 ans. Trois enfants vivants. Pas de fausses couches.

Enfant né à terme. Poids kgs. 3,700 à la naissance, nourri au sein pendant les premiers mois ; puis on a cessé pour insuffisance des glandes mammaires. Ensuite nourri au lait de vache et au lait condensé. A ce moment il est toujours bien portant jusqu'à 4 ans.

En août 1920 l'enfant fait une dyphthérie. Traité à Gourgas a été tubé. Depuis ce moment il est faible, sans appétit, commence à tousser surtout pendant l'hiver. Maigrît beaucoup et a le teint pâle. Dyphthérie. Pas de rougeole, ni oreillons, ni scarlatine, ni coqueluche.

Depuis le 20, l'enfant fait beaucoup de température, surtout élevée le matin (38-40°). Il tousse beaucoup, a de la constipation. Depuis le 23 il a de vomissements. Depuis longtemps déjà l'enfant était fatigué, sans intérêt, céphalées. Pendant cette dernière nuit il fait du délire. Le 24, on consulte un Docteur qui l'envoie à la clinique pour affection pulmonaire.

Status d'entrée : Enfant en bon état de nutrition. Délire. Température 40,6°. Pas de stigmates ou difformités.

Système respiratoire : Un peu de dyspnée. Au sommet droit râles souscrépitants, submatité. On ne peut se rendre compte du signe de d'Espine.

Système circulatoire : Pouls rapide. Cœur rapide et bien frappé. Pas d'extrasystole. Température 39°—40°. Pas d'irrégularité.

Système digestif : Ventre ballonné. Langue saburrale, desquamée aux bords. Pas d'angine. Constipation.

Système nerveux : Délirant. Kernig un peu positif. Pas de raideur de la nuque. Reflexes normaux. Pupilles dilatées.

Système uro génital : Urine albumine = 0. Sang = 0. Sucre = 0.

25 août : *Examen du professeur* : Obscurité sommet droit. Quelques râles souscrépitants. Très peu de signes à l'auscultation. Température vers 40°. (On pense à la pneumonie centrale du sommet droit). Difficulté à se tenir debout, manque d'équilibre. *Voix lente et faible, nasillarde.*

29 août : La température es toujours entre 39° et 40°. Etat prostré avec agitation nocture. Quelques taches fines sur le corps
Hémoculture : Quantité de petite bacilles mobiles ; on pense à la fièvre typhoïde. Les signes d'auscultation du 25 août persistent sans augmentation. Rate augmentée.

30 août : Quelques taches rosées sur l'abdomen. Température 39°—40°. Somnolence. Relâchement des selles et de l'urine. Cœur bien frappé.

Séro-réaction de Widal microscopique : Eberth agglutination == négative ; Paratyphique A. — positive ; Paratyphique B. == positive. Sang : Globules blancs 17,000. Hémoglobine 80%.

5 septembre. *Séro-réaction microscopique de Widal* : Typhoïde agglutination à $\frac{1}{10}$ en 15' ; Para A agglutination à $\frac{1}{10}$ en 35' ; Para B agglutination $\frac{1}{10}$ en 4' ; Para B agglutination $\frac{1}{30}$ en 6' ; Para B agglutination à $\frac{1}{50}$ en 9'. *Microscopique agglutinante B.*

6 sept : Grandes oscillations de température. Etat de prostration et de stupeur. La diarrhée a fait place à la constipation. L'enfant ne va pas à selle sans lavement. (*Bains froids. Potion de Tood*).

16 sept : L'enfant va mieux. Température normale. Stupeurs disparue. Se lève un peu l'après-midi.

1^{er} oct. : L'enfant mange une nourriture normale, va bien, grossit

10 oct. : L'enfant est bien. Sortie.

N° 4. — Obs. 35 et 429, 1922. C. R. Garçon de 12 ans. Entrée le 10 oct. 1922. Sorti le 11 oct. 1922 (décédé).

Diagnostic : Typhoïde à complications méningées.

Le père et mère bien portants. 5 enfants bien portants. Pas de fausses couches.

Enfants né à terme. Nourri 4 mois au sein, ensuite artificiellement. A eu dyptérie, rougeole. Ni scarlatine, ni creillons.

Il y a 8 jours, l'enfant se plaint de frissons. Le lendemain il a des vomissements alimentaires pénibles. Le lundi 5 octobre, après une purgation l'enfant recommence à vomir. Il a de la fièvre. Les parents n'ont pas vu de taches rosées sur le corps, d'épistaxis. On n'a pas remarqué de diarrhée. Le vendredi 6, le docteur voit l'enfant et l'envoie à la clinique chirurgicale avec le diagnostic d'appendicite.

Résumé de l'observation chirurgicale.

Status d'entrée: Malade en pleine connaissance, répondant à toutes les questions posées. Température 40°. Puls 110. Langue chargée humide. Pas de constipation. Abdomen non ballonné, légère défense musculaire. Gargouillement dans la fosse iliaque droite. Pas de taches rosées. Rate: rien de particulier.

Le 7 oct.: Température 40°. Vomissements fréquents. Subdélirium. Matières fécales et urines relâchées (aspirine 0.10 toutes les 3 heures, maillots, huile de racine).

Le 9 oct.: Température 40° — 41°. Delirium. Torpeur. Selles aqueuses fréquentes. Dans les selles: sang positif et vomissements.

Clinique infantile.

Status d'entrée: 9 oct.: Enfant de 12 ans, en état d'amaigrissement extrême. Facies intoxiqué. Pas de malformations externes, ni de stigmates d'hérédosyphilitique ou de dégénérescence. État subdélirant avec hallucinations visuelles et tremblements. Faiblesse extrême. L'enfant fait à peine les mouvements nécessaires à la parole et à la déglutition. Température 40° — 41°.

Système digestif: Dentition, rien de particulier. Langue rotie, rouge, fuligineuse sur les bords, brune sur la face dorsale amygdales. pas d'angine. *Ventre en bateau* avec légère défense musculaire, gargouillements dans l'abdomen surtout dans la fosse iliaque droite. *Foie* impalpable. La rate percevable sous les dernières côtes et dépasse d'un travers de doigt le rebord costal. Aucune tache rosée sur l'abdomen. Selles = 0.

Système nerveux: Reflexes pupillaires à la lumière normaux, et à l'accommodation impossible à trouver. Réflexe patellaire = normal. Réflexe plantaire = normal. *Strabisme intermittent.* Raideur de la nuque et la colonne vertébrale. Pas de Kernig. Pas d'attitude en chien de fusil.

Ponction lombaire: = 25 cm³ liquide clair, pression semblant augmenter. Albumine = 0. Tremblement des mains et de la mâchoire inférieure. Subdelirium. Hallucinations. Stupeurs.

Système cardio-vasculaire: Cœur très rapide 120, 140. Bruits légèrement atténués, mais bien rythmés. Pas de souffle. Pouls parfois dicrote bien rythmé. Pression max. = 15, min. = 9

Examen du sang: Hémoglobine 70. Globules rouge 5 200,000 — Globules blancs 5 580 —. Polynucléaire 64 —. Lymphocytes 29 —. Mononucléaires 4 —. Eosinophile 1

Système respiratoire: Dyspnée. Légers battements des ailes du nez. A l'auscultation: murmure vésiculaire atténué dans toute l'étendue des poumons. Pas de râles, percussion, sonorité partout.

Système uro-génital: Testicules descendus. Pas d'urine, la vessie semble vide à la palpation

11 oct.: L'enfant a des bains ou des maillots toutes les 3 heures; on soutient le cœur par la caféine et l'huile camphrée. Potion de Food. Lait. Etat stationnaire pendant la nuit, l'enfant n'avale pas et n'a eu jusqu'au matin ni selle ni urine. *A la visite du Professeur*: Etat stationnaire subcome. Température 40°.

Réaction Widal: Agglutination des Eberth:

$\frac{1}{10}$ début 10' fin 14';

$\frac{1}{50}$ » 11' » 29';

$\frac{1}{100}$ » 21' » 52'.

Widal positif pour Eberth: Dans le commencement la température descend à 38,9°, mais toujours subcome. Pouls à 140. L'enfant n'ayant pas uriné, on excite la diurèse par une injection de Théobryl 2cm³. Injection 150cm³ sérum physiologique. Sérum glycosé 250cm³.

Culture du sang: Eberth = positif.

Culture du liquide céphalo-rachidien: Eberth = positif

Au commencement de l'après-midi l'état méningé: raideur de la nuque et de la colonne vertébrale s'accroît. Pas de Kernig ni d'attitude en chien de fusil. La température descend à 39°. Le pouls monte à 160°. De temps à autre, le cœur est défaillant, entre temps les bruits du cœur sont bien frappés. Pas d'urine; on ne sent pas la vessie à la palpation. Pas de selle. On fait une injection de 150cm³ sérum physiologique, goutte à goutte, caféine, digitaline, huile camphrée.

Vers 16 heures: Température 39,2°. Pouls 150. Facies intoxiqué, dyspnée, pas d'urine. Pas de selles (sérum glycosé-intra-vaveux). Depuis lors, pouls fréquemment défaillant, forte dyspnée (rien de particulier à l'auscultation pulmonaire). On emploie les cardiotoniques, malgré cela l'enfant meurt. Autopsie refusée.

N° 5. — Obs. 358, 1926. D. A. Fillette de 11 ans. Entrée le 31 août 1926. Sortie le 30 septembre 1926.

Diagnostic : Para B. Hémorragie intestinale Noma terminal.

Père mort à la guerre, mère en parfaite santé, a eu 4 enfants, l'un mort de scarlatine à 4 ans. Les 3 autres sont en bonne santé.

Né à terme, mais au début de la guerre. Nourrie au sein 6 semaines, puis lait de vache et farine lactée. Diarrhée pendant un mois. Toujours maigre et nerveuse. Bonne appétit, jamais de maladie, sauf la rougeole en 1925 (août) et une angine dyphtérie au printemps 1926.

Du 8 au 15 août 1926, l'enfant est allée au Salève chez un oncle, va bien. Le 16 après une promenade l'enfant est souffrante, semble fébricitante. Diarrhée, vomissements. Le 19 août le docteur pense à un embarras gastrique, lui donne une potion. Un à deux vomissements en mangeant une poire. Purgation le 20 août. Depuis le 22, la fièvre continuant, le docteur lui a trouvé de la torpeur, somnolence. (Bouillon de légumes et veau). Le 30, le docteur pense nettement à une typhoïde, prescrit des bains à 33° et la température basse. Le 31 hémorragie intestinale : le docteur prescrit une potion amère (Ca Cl) et nous l'envoie avec le diagnostic de la fièvre typhoïde.

Status d'entrée : Enfant pâle, amaigrie. Les yeux sont enfoncés et cernés. Pas d'agitation, abattement sans vraie torpeur. L'enfant répond aux questions intelligemment. Température 39,8°.

Système digestif : Langue saburrale desquamée sur les bords. Inappétence. Dentition convenable. L'abdomen est douloureux partout à la pression, tendu, plat, brun, météorisme léger. A 16 heures, l'enfant a une selle très fétide, constituée presque uniquement par du sang bleuâtre liquide.

Système respiratoire : Dyspnée ou plutôt polypnée, voies supérieures, rien de particulier. Poumons auscultés, à la paroi antérieure râles inspiratoires de bronchite, ronchi, sibilances et sous crépitantes disséminées.

Système cardio-vasculaire : Pas de troubles périphériques. *Cœur* : pouls 110 avec température 39,3°, donc ralentissement, pas de dicrotisme.

Système nerveux : Fatigue générale. Réflexes vifs. Colonos positif surtout à droite. Le colonos peut être arrêté à volonté au bout des quelques secondes, autrement persiste indéfiniment.

Babinski = 0. Réflexes pupillaires = normaux ; pas des symptômes méningés apparants.

Système lymphatique : Pas de ganglions hypertrophiés. *Rate* dépasse le rebord costal d'un travers de doigt.

Traitement : Repos absolu sur le dos, glace sur le ventre. Maillots froids quand la température dépasse 39°. Diète absolue, perle de glace, hémoplastin, Ca Cl 2.

Réaction de Widal : Au $\frac{1}{10}$ agglutination instantanée en Para B; $\frac{1}{50}$ agglutination en 10' en Para B; $\frac{1}{50}$ agglutination en 20' en Para B..

1er sept. : Injection sous-cutanée de 33 cm³ coaguline. Ca cl 4 grs. Lavement avec 30 cm³ de gélatine à 10⁰/. Potion noire. A eu une hémorragie dans la nuit, vers 4 heures du matin, un demie verre de sang.

2 sept. : Le matin, 37,5°. L'enfant souffre toujours de son ventre. Langue sèche, rôtie. Le teint est jaune-gris. Subdélire et somnolence. Potion noire et lavements de coaguline à 25⁰/. Petite selle noirâtre liquide vers 17 heures. L'enfant est fatiguée le soir. *Transfusion sanguine* : 80 cm³ sang citraté d'un frère. Après la transfusion, frisson énorme, douleur abdominale, froid, pouls très faible, dyspnée (durant un quart d'heure environ). Injection de caféine et adrénaline. Une selle liquide noirâtre (positive pour le sang). Le soir à 22 heures : huile camphrée, l'enfant a 40,6°, maillot froid au dessus de 39,5°, puis 0,20 de quinine. *Sang* : Hémoglobine 55⁰/. Globules rouges 2.450.000 — Globules blancs 2,200 — Polys 30⁰/. Lymphocytes 65⁰/, Mononucléaires 5⁰/. *Urine* : Albumine = positive, sang = 0, acétone = trace, sucre = 0. *Sédiments* : Quelques cylindres granuleux et kyllin, quelques cellules épithéliales rénales, quelques bacilles mobiles.

3 sept. : 37,8° matin. La figure est plus colorée. Bonne nuit. Plus de selle. La langue est plus humide. (Coaguline. Potion noire et Ca Cl 2).

4 sept. : La température remonte, l'enfant semble plus éprouvée mais est cependant plus colorée et plus présente. On supprime la Ca Cl 2 et on continue la potion noire. Lavement gélatiné à 25⁰/. 150 cm³ coaguline, 20 cm³ sous-cutané, maillot; on ne donne que des tisanes et du lait coupé.

5 sept. : Pas de nouvelles hémorragies. L'état général est stationnaire. Même traitement, sauf coaguline en moins et 3 fois 0,65 ergotine par voie buccale, par jour. Un bain à 35°.

6 sept. : L'état général s'améliore. Plus colorée. Pouls assez bon, régulier.

7 sept. : Coaguline 20 cm³, le reste inchangé. *Cœur* : souffle systolique mitral et à la base mais régulier. Bon pouls. Tranquille, a quelques râles de bronchite. Bon état général. Lèvres colorées.

8 sept. : On cesse la coaguline et on reprend Ca Cl 2, 4 grs. par jour. Albumine = 0,

10 sept. : Quatre selles dans le début de la matinée, molles comme de la purée de pois. jaunes avec sang. *Urine* : Albumine = traces. Frisson vers 5 heures avec 39.6° de température. Etat général identique. Cœur et poumons également identiques. Pression artérielle 12.6 .

14 sept. : Nouvelle hémorragie intestinale assez abondante qui oblige à une nouvelle transfusion de 180 cm^3 de sang citraté de son frère aîné. Pas de réaction comme la première fois. On reprend la glace sur le ventre ; les boissons glacées, farine. Coramine. Les lavements gélatinés et à la coaguline. L'enfant semble très mal, est très pâle et agitée, et délire.

16 sept. : L'état général s'améliore ; les lèvres sont un peu plus colorées. L'enfant délire moins. elle boit abondamment. Encore une selle liquide mélangée de sang noir. Toujours bronchite. *Cœur* : bruits un peu assourdis, souffle systolique à la base. Pas d'œdème. La température reste au-dessus de 39° . 10 cm^3 Hémostyl. Petits lavements glycosés toutes les deux heures (30 cm^3) et avec la gélatine et la coaguloline.

17 sept. : Même état, même traitement sauf l'hémostyl qu'on remplace par une troisième transfusion de 200 cm^3 de sang citraté de son frère ; pas de choc.

18 sept. : Une bonne selle moulée non sanglante. Hémostyl 10 cm^3 plus 30 cm^3 sér. glycosé. Vin aromatique. Un lavement 50 cm^3 gélatiné 10% + 50 cm^3 sérum glycosé. Escharres fessiers apparaissent au niveau des cornes coxygiennes

20 sept. : Les joues sont moins creuses, bombent légèrement.

21 sept. : L'enflure est plus intense, remonté jusqu'à l'arcade zygomatique gauche. Pas de réaction ganglionnaire vers mascittaires, un de parotide mais ulcération des gencives de la mâchoire supérieure gauche autour des molaires cariées ; une petite ulcération des gencives autour de la prémolaire droite inférieure, odeur fétide, rinçage de la bouche à l'H₂O₂ plusieurs fois par jour et néosalvarsan en poudre. Etat général plutôt meilleur. La température monte moins haut 38.8° .

22 sept. : Ulcération nécrotique d'odeur infecte, gros placard noir et gris dans le sillon et sur la joue gauche. Oedème des paupières et des joues. Douleurs, pouls dichrote.

23 sept. : La nécrose envahit un peu plus l'angle de la joue gauche. A droite, légère amélioration. La température oscille entre 38 et 39° .

Même traitement buccal. Bonnes selles. L'enfant continue à bien boire. Injections coaguléin subcutanées.

24 et 25 sept. : L'œdème augmente au milieu de la joue gauche qui est dure, tendue, un peu douloureuse et pointue. La joue droite est aussi tuméfiée mais beaucoup moins. La muqueuse buccale à gauche est envahie sur un espace gros comme une pièce d'un franc de nécrose gris et noirâtre. La salivation est abondante; de la bouche coule un liquide muqueux, rouillé, filant. On continue de grands lavages fréquents. Le bleu de méthylène le néosalvarsan et l'Ag. N° 3 à 5 % comme traitement.

26 sept. : L'enfant reste consciente mais somnolente. L'appétit est conservé, mais l'enfant maigrit cependant. Ses escharres fessiers s'étendent.

27 sept. : Au matin, on remarque un point gris noirâtre au centre de la joue, qui excentrique et passe par les teintes bleues, violacées, rouges et brun-orange. La nécrose a donc perforé la paroi de la joue, un liquide séreux a perlé. La noma a marché à grands pas depuis le 25 septembre. La nécrose envahit presque tout l'intérieur de la joue gauche, arrivant à 1 cm. de la commissure labiale. À droite, la nécrose partout; des prémontaires supérieur et inférieur mordent la muqueuse de la joue. Même traitement et même état général. Diarrhée. L'enfant est consciente, mais peu sensible. Essai de sérothérapie antigangréneuse. Pas de choc, pas de réaction. La température est toujours entre 38 et 39°.

28 sept. : La nécrose envahit la face externe de la joue à grands pas; grandes places gris verdâtre comme des pièces de cinq francs qui s'étendent vers le nez et l'œil. Oedème formidable, défigurant complètement l'enfant. L'œil ne peut plus s'ouvrir, le front est bombé par l'infiltration, les lèvres sont énormes. Température 39° le soir; la diarrhée continue.

29 sept. : Plus prostrée, le poulx devient filant. La température s'abaisse, on ne peut plus lui faire ouvrir la bouche. La nécrose est grosse comme la paume de main. L'enfant boit moins. On entend des râles trachéaux dans sa respiration.

30 sept. : La température tombe à 36,8°. L'état général s'améliore. La nécrose remonte presque jusqu'à l'œil. Les paupières sont tellement tuméfiées que l'enfant n'ouvre presque plus les yeux. La gangrène augmente sur la face interne de la joue droite. Les escharres fessiers restent stationnaires. Le cœur s'affaiblit. Sa respiration est difficile, c'est-à-dire ralentie, superficielle. On entend du gargouillement trachéal. L'enfant s'éteint tranquillement à 16 heures $\frac{1}{2}$.

N° 6. — Obs. 394, 1926. R. R., garçon de 6 ans et demi. Entrée le 4 octobre 1926. Sorti le 15 novembre 1926.

Diagnostic: Typhoïde. Mère en bonne santé. Père mort d'anémie pernicieuse. Cet enfant décédé de cholérine à la clinique, a fait un séjour à la clinique à l'âge de 5 mois pour cholérine. Depuis sa sortie de la clinique, a été en très bonne santé. Se porte bien jusqu'à ces derniers temps.

Début de la maladie: le 25 septembre par des coliques. Les 27 et 28 a une poussée de température assez élevée avec des douleurs aux jambes, diarrhée. Température 40°, état conscient, pas de délire, selles liquides comme de l'eau. Le 30 septembre température toujours élevée, délire par moments, mais reconnaît toujours sa mère. Pendant les jours qui suivent la température se maintient aux environs de 40°. Le 1^{er} octobre, il se plaint de douleurs aux jambes, n'a rien mangé depuis 8 jours sauf bu de l'eau. Cette après-midi se plaint de maux de ventre. Le matin la température est de 40,3°. Le médecin fait un examen du sang. Widal = négatif et l'envoie avec le diagnostic de fièvre typhoïde ou tuberculose.

Réaction de Widal: Agglutination de l'Eberth Para A. Para B au $\frac{1}{10}$ après une heure.

Status d'entrée: Enfant de 6 $\frac{1}{2}$ ans. Température 40,2°, assez bien conformé, mais maigre. Pas de malformations osseuses. Tissu adipeux développé. Teint pâle, muqueuses légèrement décolorées. Regard vague, présente la stupeur de la fièvre typhoïde. Répond avec peine aux questions. Présente à la cuisse gauche et à l'abdomen deux ou trois petites macules légèrement papuleuses, érythémateuses, mais qui ne ressemblent pas à l'exanthème de la fièvre typhoïde.

Système respiratoire: Sonorité normale en avant et en arrière. Pas de bronchophonie. Râles généralisés aux deux poumons, maximum au sommet, quelques râles sous-crépitaux moyens aux deux sommets, aux bases surtout à droite, quelques râles, frottements.

Système cardio-vasculaire: Cœur à sa place normale. Rythme régulier, premier bruit assourdi, deuxième bien frappé. Pas de bruits surajoutés, ni cyanose, ni oedème.

Sang: Hémoglobine 80 %, globules rouges 3.844.000, globules blancs 5890, Polys 62 %, Lymph. 34 %, grande mono 4 %.

Hémoculture: = négative..

Réaction de Widal: Les bacilles sont mal définis.

Système digestif: Langue très chargée, sale, abdomen souple, ballonné, indolore à la palpation; gargouillement aux environs du côlon ascendant. Foie, ne dépasse pas les fausses côtes. Rate percutable mais non palpable.

Système nerveux: Pupilles égales, régulières, réagissant paresseusement à la lumière. Réflexes cutanés faibles. Tendineux faibles. Babin-ski, Kernig, Brudniski = négatifs.

Système uro-génital: Bien conformé. *Urines*: albumine = 0, sucre = 0, sang = 0. Sédiments: Rien de particulier.

5 oct.: Toujours status de stupeur. La température oscille entre 39 et 40°.

6 oct.: Présente deux ou trois nouvelles petites taches rosées l'une au niveau de l'aîne gauche, l'autre sur la cuisse gauche et une derrière sur l'abdomen. Rate non palpable, mais percutable.

7 oct.: Même status. Toujours le même état de stupeur. Température 37,6° le matin et 40° le soir.

8 oct.: *Widal* = négatif; *Eberth* = positif. $\frac{1}{10}$ en 5' et $\frac{1}{50}$ en 20'. 1 pillule d'entéro-vaccin par jour. L'enfant sent peu, présente encore quelques râles aux sommets, puis râles, frottements aux bases surtout à droites. Tension $10\frac{1}{2}/7$.

9 oct.: Est toujours en état de stupeur, mais cependant assez conscient, répond assez bien aux questions. *Rate* semble avoir augmenté, arrive presque au rebord costal, mais n'est pas palpable. Entéro-vaccin = 1 pillule.

10 oct.: Chute brusque de la température à 36,4°, avec sueur abondante, facies pâle. Le pouls est lent (60), mais régulier et bien frappé. Caféine employée. Vers le milieu de la journée, la température s'élève, le pouls suit parallèlement. Le soir, température à 39,7°. Pouls 106, tension $10\frac{1}{2}/7$. Le soir amène de nouveau une chute de température à 36,6°, entéro-vaccin, deux fois une pillule.

11 oct.: Est toujours stationnaire. Depuis son entrée, n'a pas eu de selle normale, mais une seule selle avec lavement d'aspect normal, sans sang. Le pouls est un peu irrégulier, de temps en temps une extrasystole à l'auscultation du cœur. Coramine, digitaline, caféine. Premier bruit étouffé légèrement, deuxième bruit éclatant au foyer pulmonaire. *Urines*: Traces d'albumine.

12 oct.: Le matin, chute de la température à 36,9°. Ces chutes de température se produisent toujours très fréquemment, accompagnées de sueur (champagne). Pendant la nuit du 11 au 12, le pouls devient plus irrégulier une ou deux heures, extrasystol tout le temps. Plus tard, irrégularité du pouls sans extrasystol. Le soir, va un peu mieux. Pouls plus régulier. Reçoit uniquement de la coramine. *Urines*: Albumines = traces.

13 oct.: Va mieux, est plus éveillé. Pouls plus régulier à 11 h. température 37°. Entéro-vaccin = 1 pilule. *Urines*: Albumine = 0. Tension $10\frac{1}{2}/7$.

14 oct.: Température légèrement moins élevée que la veille. Pas de selles spontanées. Le mieux continue.

15 oct.: Température 37,4° le soir. Est beaucoup plus éveillé, parle, n'a plus d'albumine.

17 oct.: La température n'a pas dépassé 37,4° depuis le 15. *Urines*: Albumine = 0.

19 oct. : Etat afébrile persiste. A eu sa première selle spontanée hier et une aujourd'hui.

21 oct. : Est toujours afébrile. Selle spontanée dure avec petites striées de sang. Pouls régulier la plus part du temps, mais de légères irrégularités.

22 oct. : On donne a l'enfant une alimentation progressivement plus substantielle. Il a une selle spontanée tous les jours (consistance dure).

24 oct. : Va bien, on n'entend plus le souffle cardiaque depuis quelques jours.

26 oct. : Selle avec petites striées de sang à la surface, provenant probablement du segment inférieur de l'intestin.

29 oct. : On arrête la coramine (pouls régulier).

4 nov. : Va bien, commence à être éveillé, s'amuse, alimentation normale.

10 nov. : A augmenté de 450 grs. de poids depuis son entrée.

15 nov. : Sortie.

N° 7. — Obs. 244, 1927. L. F. Garçon de 2 1/2 ans. Entré le 5 juillet. Sorti le 28 juillet.

Diagnostic : Paratyphoïde A avec furonculose.

Père atteint depuis deux ans du mal de Pott, guéri actuellement. Mère en bonne santé. Pas d'autres enfants. Pas de fausses couches. Né à terme, 3,360 kgs., nourri au sein 3 mois puis au lait de vache. Diarrhée au moment du sevrage. N'a jamais été malade.

Lundi 20 juin arrivée de France. Le lendemain l'enfant est grognon; le surlendemain fièvre et convulsions. Soigné par un médecin, mis à la diète hydrique, eau maltée. Le 3 juillet selles vertes avec mucus et sang en petite quantité. Tenesme intermittent. Depuis là, la fièvre continue d'aller mieux depuis deux jours. Le professeur Gautier voit l'enfant et conseille de la mettre en clinique. Le docteur nous l'envoie avec le diagnostic de « état fébrile post-entéritique ».

Status d'entrée : Enfant de 2 1/4 ans pesant 9,350 kgs. Température 39°; assez bien conformé. Tissu adipeux peu développé. Pas de malformations osseuses. Teint pâle. Facies terreur. Muqueuses assez bien colorées. Pas d'éruption.

Système respiratoire : Sonorité normale. Aux pleurs de l'enfant vibrations augmentées au sommet droit. Bronchophonie, murmure vésiculaire semble normal, on n'entend pas de bruits surajoutés. L'enfant pleurant continuellement pendant l'examen, il est impossible de faire une auscultation.

Système cardio-vasculaire : Cœur à sa place normal. Rythme régulier. Bruit net et bien frappé. Pas de bruits surajoutés, ni oedème, ni cyanose.

Système digestif : Langue très chargée. Dentition en assez bon

état, abdomen souple, non ballonné, semble indolore à la palpation, gargouillement de la fosse iliaque droite. *Foie* et *Rate*, rien de particulier.

Système nerveux : Pupilles réagissent normalement. Réflexes faibles. Sensibilité et motricité normales.

Système uro-génital : *Urines* : Albumine, sucre, sang = 0, Sédiments rien de particulier.

Système lymphatique : Pas de ganglions perceptibles. Rate non palpable. *Sang* : Hémoglobine 75%, Globules rouges 4.371.000. Globules blancs 15.500.

Formule leucocytaire : Lympho 34 %. Poly 56 %. Grands mono 8 %. Eosonophile 2 %. Hémoculture = négatif, Widal = négatif.

7 juillet : La température semble descendre progressivement. Selles encore liquides.

8 juillet : La température remonte à 40°. *Radioscopie* : Très légère adénopathie trachéo bronchique. Plaques pulmonaires s'éclairent bien, on donne du yoghourt.

10 juillet : La température reste élevée. Pas de signes explicables.

12 juillet : *Widal* : Eberth $\frac{1}{10}$ $\frac{1}{30}$ $\frac{1}{50}$ négatif.

Para B » » » »

Para A $\frac{1}{10}$ en 8' $\frac{1}{30}$ en 12' $\frac{1}{50}$ en 15 positif.

L'enfant ne présente pas le stupor des typhiques. Pas de taches rosées. Teint pâle. Enfant assez éveillé.

13 juillet : La température semble avoir une tendance à descendre.

14 juillet. La température tombe à 37° le matin, mais remonte à 38° le soir.

16 juillet : Abaissement de la température le matin, mais remonte à 38° le soir. Selles meilleurs. Tension artérielle $10 \frac{1}{2} / 7$.

18 juillet : Chute de la température qui ne dépasse pas 37° le soir. Meilleur aspect général. L'enfant a augmenté de 700 grs. depuis son entrée. *Alimentation* : Lait, bouillon de légumes, crème de riz.

20 juillet : La température reste normale, l'état général continue à s'améliorer.

22 juillet : La température se maintient normale depuis le 18 juillet.

24 juillet : Selles meilleurs. Commence à prendre un peu de couleurs. Température persiste normale. On prescrit du syrop d'hémostyl.

26 juillet : Continue à bien aller. Température subfébrile due à ce que l'enfant a commencé à se lever.

28 juillet : Présente un petit furoncle à la joue gauche. Sortie.

N° 8. — Obs. 344, 1927. R. A. Garçon de 12 ans. Entré le 23 septembre. Sorti le 29 octobre.

Père a toujours été bien portant, fièvre typhoïde à 25 ans. Mère bien portante, deux autres enfants bien portants. Né à terme, nourri au sein et toujours bien portant, a eu la rougeole, la scarlatine et la

coqueluche. Depuis une semaine l'enfant semble mal disposé, vomit a une forte diarrhée. Le 20 il a 40°; le médecin fait une prise de sang, le 22 Widal était positif (Eberth). On l'envoie à la clinique infantile avec le diagnostic: fièvre typhoïde. A eu le délire le 22. Pas de sang dans les selles. Il tousse depuis le commencement.

Température: 20 sept. = 40,1°—41,2° ; 21 sept. 40,7°—40,9°; 22 sept. 40,5°—40,7°; 23 sept. 40,5°.

Status d'entrée. Garçon de 12 ans pesant 26 kgs. Température 40°. Forte céphalée. En assez bon état de nutrition. Pas de taches rosées sur le corps.

Système digestif: Langue saburrale, sèche, soif très vive. Abdomen souple. Gargouillement dans la fosse iliaque droite. Pas de douleur à la palpation. Diarrhée. *Foie*: Ne dépasse pas le rebord costal. On sent sous le rebord costal le pôle inférieur de la rate.

Système respiratoire: L'enfant tousse un peu, sonorité normale partout. On entend le murmure vésiculaire sur l'antérieur des deux poumons, sibilance et quelques ronchi partout.

Système cardio-vasculaire: Cœur à sa place normale, bruits rapides, réguliers et bien frappés.

Système nerveux: Pas de délire, répond très bien. Motricité et sensibilité normales. Réflexes normaux.

Système urogénital: Bien conformé.

24 sept.: Température matin 40,8°, soir 40,3°. Délire pendant la nuit. Bain et deux maillots. Le bain abaisse un peu la température. Régime lacté et bouillon de légumes.

25 sept.: L'enfant a passé une meilleure nuit, délire. Bains toutes les 3 heures, baissent un peu la température. La toux est toujours forte. Râles de bronchite sur la base des deux poumons.

26 sept.: L'enfant passe une nuit fatigante, température 39°; on continue les bains qui sont mieux supportés et abaissent un peu la température. On remarque sur le tronc et les cuisses quelques petites taches rosées. Selles typhiques.

27 sept.: Température matin 38,5° et soir 40°. Bains continués. L'enfant tousse beaucoup; à l'auscultation on entend de nombreux râles de bronchites. Selles toujours très liquides. Le pouls est rapide mais bien frappé.

28 sept.: La température descend. L'enfant se sent mieux.

29 sept.: Température maximum 39,6°, minimum 38,2°. Le pouls est régulier, mais peu rapide (2 fois 10 gouttes de coramine). Widal, Eberth = positif. L'enfant tousse encore, on entend quelques ronchis. Cataplasmes. Le pouls est meilleur. La diarrhée diminue; l'enfant a une selle par jour, moins liquide, pas de sang dans la selle.

30 sept.: Température maximum 39,8°, minimum 37°. Le pouls est bon, l'enfant se sent beaucoup mieux, on lui donne des soupes à la purée de pommes, du lait, du bouillon de légumes. Une selle un peu liquide.

1^{er} oct.: Température maximum 38,2°, minimum 36,6°. L'enfant continue à se sentir mieux. Pas de diarrhée. La toux a diminué.

2 oct.: La température continue à descendre, maximum 36,9° minimum 36,6°. L'enfant se sent beaucoup mieux, il voudrait manger.

3 oct.: L'enfant est apyrétique. Pas de diarrhée. Ne tousse presque plus. A l'auscultation, on entend encore quelques ronchis.

4 oct.: Pas de fièvre; on commence à lui donner des soupes farineuses. L'enfant va bien.

10 oct.: Il a bon appétit et augmente de poids. Un peu de constipation.

29 oct.: Sortie.

N° 9. — Obs. 421, 1927. C. H., garçon de 12 ans. Entré le 23 novembre. Sorti le 4 décembre.

Diagnostic: Typhoïde avec perforation. Père et mère bien portants, quatre frères bien portants, une sœur mort-née, un frère mort de pneumonie. Né à terme, accouchement normal. Nourri 10 mois au sein. Dentition normale. Rougeole à 4 ans, oreillons à 4 ans et coqueluche à 4 ans, grippe en hiver et angine à 4 ans $\frac{1}{2}$. Depuis sa sortie de l'hôpital, l'enfant était relativement bien portant, souffre fréquemment d'angine, de bronchite et de toux. Depuis 10 jours, il est fébrile, a de vomissements; depuis 6 jours, il est atteint d'une diarrhée fréquente (toutes les 10 minutes à selle). Un médecin appelé lui prescrit une potion pour la diarrhée qui diminue (4-5 selles par jour). Puis il donne le diagnostic probable de fièvre typhoïde.

Status d'entrée: Garçon de 12 ans, bien conformé, pas de malformations osseuses. Bon état de nutrition. Muqueuses colorées. Prostré. Température 40°. Pouls 96.

Système digestif: Dentition bonne, langue humide, rougeâtre sur les bords et à la pointe, chargée à la base. Gargouillement dans la fosse iliaque droite. Taches rosées lenticulaires sur l'abdomen et à la base du thorax. Diarrhée. Foie ne dépasse pas le rebord des fausses-côtes. Rate non palpable.

Système respiratoire: Sonorité normale. Quelques râles rudes à l'auscultation.

Système cardio-vasculaire: Pointe au cinquième espace un peu en dedans du mamelon. Bruits du cœur nets, bien frappés, deuxième bruit semble dédoublé. Pas de souffle.

Système nerveux: Réflexes normaux.

Système uro-génital: Bien conformé.

25 nov.: Hémoculture, Eberth négatif. Widal positif $\frac{1}{10}$ en 5, $\frac{1}{30}$ en 8', $\frac{1}{50}$ en 12'. *Urines*: Albumine légères traces, Sang = 0. Sucre = 0. Bains toutes les 3 heures à 35°, descendant à 30°. Somnolence. Tachycardie. Température 40° le matin et 40,3° le soir. Pouls 120. Pression $10\frac{1}{4}$ — $7\frac{3}{4}$. Toux: A l'auscultation des poumons, des

râles sonores occupent la partie antérieure des deux poumons. Abdomen souple. Diarrhée: 5 selles très liquides, couleur brun-jaunâtre. Bains. Cataplasmes. (Potion de Tood, coramine).

26 nov.: Température 39,5° matin, 40,1° soir. Pouls 110 *Poumons*: Râles, ronchis, occupent les parties supérieure et moyenne des deux poumons, râles sous-crépitaux limités aux deux bases, plus prononcés à gauche. Les gargouillements à la fosse iliaque droite ont diminué. 2 selles liquides par jour. 2 vomissements. Taches rosées sur l'abdomen, au thorax et à la partie supérieure de la cuisse droite. Le malade se tient à peine dans son bain.

27 nov.: Température matin 39,8°, soir 39,9°, pouls 124; 2 selles, 1 vomissement. *Examen des selles* Sang — 0. Abdomen souple, sensible, gargouillement diminue, langue sèche. Poumons, même status.

28 nov.: Ventouses, cataplasmes. Tonicardiaque. Bismuth.

29 nov.: Température 39,6° matin et soir 40,2°. Pouls 100. Tachycardie. Bruits du cœur bons. Aux deux bases, râles sous-crépitaux. Taches rosées très marquées sur l'abdomen, thorax et cuisses. Abdomen souple, peu de gargouillements.

30 nov.: Température matin 39,6°. Pouls 100. Pression $10\frac{3}{4}$ — $7\frac{3}{4}$. Langue sèche, aphtes sur les gencives. Tendance au purpura. Le malade était très fatigué dans le bain.

1^{er} déc.: Température 39,3° matin et 38,7° soir. Pouls régulier (90). 2 selles liquides brun-clair. 1 vomissement. Langue sèche. Apparition d'une tache ecchymotique dans le sacrum.

2 déc.: Température 38,7° matin et soir. Pouls régulier. Le malade semble peu réveillé. Bruits du cœur bons. Abdomen souple.

3 déc.: Etat stationnaire.

4 déc.: Vers 1 heure $\frac{1}{2}$ de l'après-midi, douleur brusque abdominale. Défense musculaire. Transfert en chirurgie pour l'opération.

6 déc.: Opéré avec succès et guéri.

N° 10. — Obs. 430, 1928. C. G. Garçon de 8 ans. Entrée le 18 septembre, sorti le 10 novembre.

Parents et deux frères en bonne santé. Né à terme, 4 kgs 150. Accouchement normal. Troubles digestifs à la clinique infantile en 1920. Variole à 4 ans. A part cela bien portant. Il y a 18 jours, l'enfant a été envoyé en congé 4 jours. Une semaine après l'enfant a des poussées de fièvre. Il revient à Genève, il va un jour à l'école. Il y a 8 jours, l'enfant avait 40° de fièvre avec diarrhée.

L'enfant continue à être fébrile et diarrhéique. Un docteur est appelé et prononce le diagnostic: typhoïde ou méningite.

Status d'entrée: Enfant normalement constitué. Teint cutané pâle. Pas de trouble trophique de la peau. pas de taches rosées, pas de malformations.

Système respiratoire: Quelques sibilances à l'auscultation, signes d'Espine positif du côté droit.

Système cardio-vasculaire: Rien de particulier.

Système digestif: Langue saburrale. Dentition normale. Abdomen souple, indolore. Gargouillement dans la fosse iliaque droite. Foie et rate pas palpables, mais la région splénique est douloureuse à la palpation. Diarrhée liquide (1 — 2 fois par jour).

Système nerveux : Réflexes normaux. Somnolence. Pas de symptômes méningiques.

Système uro-génital : Urines : albumine, sucre, acétone = 0. Phosphates = 0. Urates = 0.

20 sept. : Widal : $\frac{1}{50}$ pour Eberth. Sang : Hémoglobine 70%. Globules rouges 3.400.000. Globules blancs 8.680. Polyc 52. Lymph 28. Mono 20.

23 sept. : Toujours fébrile 38,5°, mais le 26 la température commence à osciller.

30 sept. : Redevenu apyrexique avec bon appétit et augmentation de poids.

7 oct. : Apyrexie

15 oct. : L'enfant a grand appétit, a augmenté 700 grs.

28 oct. : Selles de consistance normale. *Diagnostic différentiel* : Granulie typhoïde Paratyphoïde. Poids 19.500. 23.950.

10 nov. : Sortie.

N° 11. — Obs. 436, 1928. C. A. Garçon de 9 ans. Entrée le 22 septembre, sortie le 10 novembre.

Diagnostic : Paratyphoïde A.

Enfant de 9 ans. Père mort de maladie inconnue à la naissance de l'enfant. Mère en bonne santé. Né à terme, poids normal. Accouchement normal, nourri au sein pendant 12 mois. Jamais été malade. Il y a trois semaines, l'enfant était en vacances, il vomit et a de la fièvre, se plaint de maux de ventre. Pas de diarrhée, au contraire, constipation. On lui donne des lavements. Le médecin appelé, diagnostique l'entérite, puis après quelques jours l'état de l'enfant s'aggrave il est envoyé à l'hôpital avec le diagnostic de péritonite. Après l'examen, l'enfant est transféré à la clinique infantile avec le diagnostic : fièvre typhoïde.

Status d'entrée : Garçon de 9 ans poids 20 kgs. Température 39,4°. Aspect infecté, fatigué. La tête à peine douloureuse. Sensibilité normale. Réflexes normaux. Pupilles légèrement en mydriase ne réagissent ni à la lumière, ni à l'accommodation.

Système digestif : Langue sale, très tachée. Abdomen distendu résistance dans la fosse iliaque droite dont l'abdomen est douloureux à la pression. La région splénique est indolore. Gargouillement de la fosse iliaque droite. Pas de taches rosées.

Système cardio-vasculaire : Rien de particulier.

Système respiratoire : Poumons : Sonorité normale. Rien de particulier.

Système urc-génital : Bien conformé. Urines foncées. Dépôt d'urates. Albumine = 0, sucre = 0, sang = 0.

Diagnostic négatif.

23 sept. : Température 38,1° — 38,4°. Widal Paratyphyque A $\frac{1}{50}$ en 21', $\frac{1}{30}$ 18', $\frac{1}{10}$ en 15'.

24 sept. : L'enfant est moins prostré. La diarrhée est toujours abondante.

25 sept. : Température 37,8° — 38,5°. Abdomen très douloureux, résiste partout. Diarrhée continue.

27 sept.: La température oscille.

28 Sept.: Forte diarrhée. Abdomen encore douloureux à la palpation.

4 oct.: Température oscille 37,8° — 38°. Abdomen souple et indolore.

10 oct.: L'enfant se sent bien. Température 36,9° — 37,3°.

24 oct.: Excellent appétit, a pris 700 grammes.

10 nov.: Sortie.

N° 12. — Obs. 278, 1929. W. G. Garçon de 11 1/2 ans. Entrée le 24 mai. Sortie le 7 juin (décédé).

Diagnostic: Typhoïde.

Père en bonne santé apparente, mère fatiguée. Une sœur de 13 ans traitée pour état psychique, actuellement l'enfant souvent très anémique a été au bains de mer. Un frère de 8 ans qui se porte bien. Pas d'enfant mort. Né à terme. Poids et accouchements normaux. Nourri 10 semaines au sein, puis allaitement artificiel, poussée d'excéma au moment du sevrage. Rougeole à 5 ans. Pas d'autre maladie d'enfance, n'a jamais été malade. Strabisme congénital —. Le 8 mai, l'enfant se plaint de maux de tête, le lendemain l'enfant refuse de manger. Le 10 l'enfant est fébrile et reste au lit. Le 13 mai, un docteur est appelé, mais qui ne se prononce pas, il prescrit une purgation. Le 17 mai, l'état de l'enfant reste stationnaire, très fébrile. Le même docteur prescrit une alimentation liquide et conseille aux parents d'envoyer l'enfant à l'hôpital. Le 17 mai, la famille appelle un autre qui parle d'un petit foyer pulmonaire à gauche. (L'autre docteur est d'accord). Le jour suivant, l'état de l'enfant reste stationnaire. Hier le pouls faiblit. Prise de sang pour Widal et l'enfant est envoyé à la clinique infantile avec le diagnostic: fièvre typhoïde et bronchopneumonie.

Renseignements: 19 mai petits foyers de bronchopneumonie à gauche. 2° Le 21 mai, petits foyers de bronchopneumonie à droite. 3° Le 22, prédominance de phénomènes bronchitiques: Ronchis disséminés sur les deux poumons. Râles fins et humides aux bases. Ni diarrhée, ni gargouillements, ni sensibilité à la pression de la fosse iliaque droite. Pas trace d'exanthème. Widal = positif, Eberth paratyphique B = positif.

Sang: Hémoglobine 60%. Globules rouges 3,900,000. Globules blancs 3,000. *Formule leucocytaire*: Oesonophiles = 0. Polys 51. Lympho 41. Monocytes 8.

Urines: Très foncées. Urates +. Phosphates + positif. (Albumine, sang, sucre = 0). De temps à autre petites secousses dans les membres inférieurs et supérieurs.

Status d'entrée: Garçon de 11 ans, bien conformé. Aspect infecté. Teint grisâtre. Très forte dyspnée. Température 40,5° — 40,8°. Pouls 120. Profonde prostration, somnolence. Légère photophobie. Réflexes cutanés abdominaux vifs (rotulienne, achilléens vifs). Babinski = 0. Réflexes pupilles = normaux. Pas de signes méningés.

Système digestif: Langue humide, rouge, lèvres sèches. Dentition bonne abdomen assez souple. Pas de douleurs spontanées ou provoquées par la palpation des fosses iliaques. Pas de gargouillement. L'abdomen est météorisé. La rate est palpable, elle déborde des

fausses côtes d'un travers de main. A la percussion, la matité s'étend sur 10-12 cm. Le foie dépasse les fausses côtes de deux travers de doigt. Constipation (sang dans les selles = 0). Quelques taches rosées discrètes sur la partie supérieure de l'abdomen.

Système respiratoire : Dyspnée intense. Toux sèche. *Inspection* : Rien de particulier, percussion. Submatité des bases. La submatité droite remonte jusqu'à l'omoplate. *Auscultation* : Râles de bronchite disséminés aux deux bases. D'Espine légèrement positif.

Système cardio-vasculaire : Pointe du cœur cinquième inter. Pouls 110-120. Tension $11\frac{1}{2}$ — $5\frac{1}{4}$.

Système uro-génital : Bien conformé, rien de particulier.

25 mai : Température $41,1^{\circ}$. *Traitement* : Bains toutes les 3 heures 35° — 30° . Ether camphré, coramine. Vaccin anti-bronchopneumonique. Tisane.

26 mai : Température $41,2^{\circ}$. L'abdomen est ballonné. L'enfant est très prostré, reste absolument inerte. (On continue le même traitement).

27 mai : Les taches rosées s'effacent. L'abdomen est un peu ballonné. Le pouls est plein. Pas de dicrotisme (sang dans les selles = positif).

28 mai : Sang dans les selles = positif. Légère raideur de la nuque. Raideur de tout le corps. Taches de purpura. Enormes ecchymoses ; au lieu d'injections, des toni-cardiaques.

29 mai : Urines, liquide, eau de roches. Albumine = 0,15. Eléments (lymphocytes) 1-2. Culture = 0. Les bruits cardiaques sont réguliers mais un peu assourdis. La matité cardiaque n'a pas augmenté. Pas de signe de péricardite. Pouls régulier à 120. Tension $11\frac{1}{2}$ —5 semble annoncer une defervescence.

31 mai : Température 39° — $40,4^{\circ}$. Semble plus éveillé.

1 et 2 juin : Plus sensible, plus éveillé. La température descend.

3 juin : Ecchymoses. Injection toni-cardiaque.

5 juin : Les bruits cardiaques sont assourdis. L'état général semble stationnaire. Température 37° — $37,4^{\circ}$. Pouls satisfaisant.

6 juin : Au matin, l'enfant est très dyspnéique, cyanosé. Le pouls est petit. Hématémèse assez copieuse pendant laquelle l'enfant agonise. Pouls imperceptible. On injecte de l'adrénaline et de la caféine. Bruits cardiaques assourdis. L'après midi, cet état s'accroissant, on fait une transfusion de 100 cm^3 du sang paternel. Ecchymoses nombreuses. Dyspnée intense ; on continue les toni-cardiaques. Depuis 6 heures du soir : coma.

7 juin : Meurt à 3 heures de l'après-midi.

Rapport de l'Institut pathologique.

Fièvre typhoïde. Ulcères multiples, typhoïde dans la partie inférieure de l'intestin grêle et dans le cæcum. Agrandissement et tuméfaction des plaques de Peyer. Rate infectieuse. Ulcères dans la muqueuse du larynx. Erosions multiples de l'estomac. Foie gras, légèrement ictérique. Cœur avec dégénérescence graisseuse. Bronchopneumonie dans le lobe inférieur du poumon droit. Hypérémie et œdème des méninges molles

COMPLICATIONS

On peut avoir des complications de toutes sortes :

1^o *Tube digestif.* a) *Bouche et pharynx.* — Il existe parfois des ulcérations typhiques du voile du palais, des stomatites et des angines ulcéreuses.

b) *Intestin.* — La perforation intestinale est relativement rare : elle s'observe dans 1,75 % des cas. Elle ne survient guère que chez les grands enfants et est exceptionnelle chez le nourrisson. Elle se produit généralement au 3^{me} septenaire.

L'hémorragie intestinale est assez rare dans l'enfance mais elle semble aussi fréquente que chez l'adulte (2 à 10 % suivant les statistiques).

Chez l'enfant, la maladie débute dans quelques cas par des symptômes d'appendicite.

c) *Foie.* — Le foie est souvent tuméfié ; il présente les caractères du foie infectieux, on a pu voir l'angiocholécystite.

2^o *Appareil circulatoire.* — Le syndrome myocarditique est fréquente, peut-être aussi fréquent que chez l'adulte, faiblesse du cœur, tachycardie, embryocardie, tendance au collapsus, dilatation du cœur.

Le plus souvent on ne trouve pas de lésion du myocarde. L'endocardite est rare, généralement localisée à la valvule mitrale et déterminée par des microbes d'infection secondaire, streptocoques ou staphylocoques.

La péricardite est exceptionnelle, de même que les artérites, les phlébites.

3^o *Système nerveux.* — Les phénomènes méningés sont communs, souvent on constate le signe de Kernig, de la raideur de la nuque. Les symptômes méningés peuvent prédominer dès le début et faire penser à une méningite, soit chez le nourrisson, soit chez l'enfant plus âgé ; d'autres fois ils surviennent au cours de la maladie. La ponction lombaire retire tantôt un liquide claire, dépourvu de leucocytes ou contenant soit de lymphocytes, soit des polynucléaires, tantôt, mais rarement, un liquide purulent ; dans quelques cas on a trouvé le bacille d'Eberth. Si le plus habituellement les phénomènes méningés rappellent le tableau de la méningite cérébro-spinale aiguë, il y a des cas où, chez l'enfant déjà grand comme chez le nourrisson, ils simulent plutôt la méningite tuberculeuse.

4° *Os et articulations.*— Les complications osseuses, les ostéo-myélites, les ostéo-périostites, sont plus fréquentes dans l'enfance et la jeunesse que chez l'adulte. Elles apparaissent tardivement de la quatrième à la huitième semaine. Les complications articulaires sont plus rares et généralement consécutives à des lésions épiphysaires.

5° *Appareil respiratoire.* — On a vu la fièvre typhoïde de l'enfant débiter par de la laryngite striduleuse. Le laryngotyphus est exceptionnel. La bronchite est relativement rare. La congestion pulmonaire est fréquente, elle peut se localiser au sommet et faire penser à la tuberculose ; elle est d'ailleurs liée souvent à l'existence d'une lésion tuberculeuse latente du poumon ou des ganglions trachéo-bronchiques.

Le début par une pneumonie (pneumo-typhus) n'est pas rare. La pneumonie et surtout la broncho pneumonie peuvent apparaître à la période d'état. La pleurésie est rare.

La tuberculose est souvent réveillée par la fièvre typhoïde ; elle a dans certains cas une évolution aiguë.

STATISTIQUE DE LA CLINIQUE INFANTILE DE GENÈVE.

Nombre de cas : 42 (22 typhoïdes, 10 Para A et 10 Para B). *Age :* 2 à 14 ans. *Complications :* Système respiratoire = 4 cas ; système digestif = 2 cas ; forme méningitique = 2 cas ; cœur = 1 cas ; furonculose = 1 cas ; noma = 1 cas ; ostéite = 1 cas ; rechute = 1 cas ; otite = 1 cas ; morts = 4 cas.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la fièvre typhoïde peut présenter chez les enfants de réelles difficultés s'accroissant en raison inverse de l'âge. Elles sont insurmontables dans les premiers jours, car le tableau symptomatique n'a encore rien de caractéristique.

Un embarras gastrique, une entérite aiguë, la pneumonie, la grippe peuvent donner le change, et l'évolution seule lèvera les doutes.

La méningite tuberculeuse peut être confondue avec la fièvre typhoïde, et l'erreur est commise trop souvent, on tiendra compte de la céphalalgie, de la constipation, des vomissements, des irrégularités du pouls, bien plus accusés dans la méningite que dans la fièvre typhoïde, plus tard la raideur de la nuque, le strabisme, les paralysies, les cris hydrencéphaliques, le ventre en bateau, font reconnaître sûrement la méningite. Dans cette dernière maladie, la courbe thermique est moins élevée que dans la fièvre typhoïde. La ponction lombaire lèvera les doutes au besoin (lymphocytose) dans la méningite, liquide céphalo-rachidien normal dans les simples réactions méningées de la fièvre typhoïde).

La scarlatine au début peut être confondue avec la maladie parce que quelquefois la fièvre typhoïde fait l'angine, mais l'éruption précoce de la scarlatine avec la langue framboisée et l'absence du bacille d'Eberth dans l'hémoculture relève le doute.

Dans les pays chauds, le médecin pense encore à plusieurs infections :

Comme le kala azar, la malaria, les dysenteries (bacillaires) et l'infection à « *Bacillus asiaticus* Castellini ».

Pour la malaria le diagnostic est fait par le frisson, la fièvre intermittente (selon le type), la transpiration et la présence du parasite dans les globules rouges.

Kala azar est connu par la courbe de température qui montre un caractère irrégulier avec deux poussées pendant les 24 heures, et l'on trouve aussi le parasite dans les globules blancs.

La dysenterie bacillaire peut être confondue avec l'infection de paratyphoïde B et grâce au laboratoire qui relève le doute.

L'infection à « *Bacillus asiaticus* Castellini » a été étudiée par le Docteur ZAKI KHALID, de la Faculté de Médecine du Caire, et a donné l'explication suivante :

La maladie commence par un malaise général, céphalagie, élévation de la température (37.5°—40° pendant la première semaine) de un ou deux degrés pendant la nuit, langue sale, légers symptômes dans la première semaine, abdomen douloureux avec distension constante. Pas de splénomégalie, selles sèches, pouls ralenti, cœur peu touché, pas de symptômes nerveux.

Marche : 3—5 semaines et dans les formes graves même 10 semaines.

Mortalité : 6,6 %.

Examen du sang : Globules blancs 6,000, polynucléaires 53 %, lymphocytes 43 %, gros mononucléaires 4 %.

Culture : Positif pendant les dix premiers jours, agglutination à la fin de la première semaine et augmentation graduelle jusqu'à la fin de la maladie ($\frac{1}{400}$ — $\frac{1}{1600}$).

Statistique : 912 cas de fièvre en 1921—1922. 92 cas dûs à « *Bacillus asiaticus Castallani* ».

Traitement : Auto-vaccin en trois grandes doses avec guérison. Donc c'est l'hémoculture pendant la première semaine et la réaction de Widal à partir de la première semaine et l'ensemencement des selles qui donnent le résultat le plus sûr au point de vue diagnostique.

TRAITEMENT

Prophylaxie. — Elle consiste à éviter les causes de débilitation, à supprimer les causes d'infection (eau de boisson, contagion), à immuniser l'enfant par la vaccination.

Celle-ci est indiquée dans les localités où la fièvre typhoïde est endémique ou épidémique, quand il y a dans l'entourage des porteurs de germes, ou dans les familles atteintes. On emploie comme pour l'adulte des vaccins triples.

Hygiène du malade. — L'enfant atteint de fièvre typhoïde est soumis à des soins de propreté minutieux : lavage de la peau, de la bouche et de la gorge, des organes génitaux. On veille également à la désinfection des linges qui servent à son usage et on prend la précaution pour éviter la contagion.

Alimentation. — Le nourrisson est naturellement laissé au lait de femme ou au lait de vache. L'enfant plus grand est mis au régime lacté; le lait est donné en quantités variables suivant l'âge, on peut associer au lait du bouillon de poulet, de bœuf ou de légumes, des potages de tapioca, des jaunes d'œufs, du jus de viande, des compotes. Quand le lait est mal toléré, en particulier quand il y a coexistence d'une entéro-colite, on donne suivant le cas du lait coupé d'eau de Vichy; il peut même être utile de diminuer ou de

supprimer momentanément le lait et d'avoir recours à la décoction de céréales, au bouillon de légumes, à l'eau panée, à l'eau de riz; ces boissons sont sucrées. En plus des boissons alimentaires, on prescrit de l'eau, de la citronnade, de l'orangeade pour assurer la diurèse.

Les bains. — Les bains peuvent être employés chauds, tièdes ou froids. Les bains chauds sont peu efficaces. Les bains froids sont donnés à une température moins basse que chez l'adulte à 24°—25°. Les bains tièdes ou frais à 30° ou 32° au début, à 28° plus tard, sont généralement bien supportés et ont donné de bons résultats. La durée du bain est de 10 à 15 minutes; on les donne à des intervalles de 3 ou 4 heures quand la température rectale est au-dessus de 39°. Les bains sont généralement bien tolérés par les enfants; on les interrompt en cas d'hémorragie ou de perforation intestinale, de collapsus cardiaque.

L'hémorragie intestinale est traitée par la vessie de glace sur l'abdomen, et souvent par transfusion du sang.

La perforation est traitée chirurgicalement, guérie dans le 36 % des cas.

Le cœur. — Le cœur est surveillé avec attention; dans le cas où il faiblit, on prescrit l'application d'injections sous-cutanées de sulfate de strychnine ou d'huile camphrée.

Traitement spécifique.

C'est le traitement par le sérum de Chantemesse :

A. RODET a donné la statistique de 679 cas traités par ce sérum, parmi lesquels 66 morts (9,7 %). Dans une autre série traités pendant les cinq premiers jours de la maladie, il y a 2—3 % de mortalité.

La durée, les complications et les rechutes sont beaucoup diminuées quand on emploie le sérum précoce.

Pendant la convalescence, un régime de reconstitution est indiqué.

CONCLUSIONS

- 1^o La fièvre typhoïde n'est pas rare chez les enfants, elle diffère de celle de l'adulte dans sa marche et ses formes cliniques.
- 2^o La fréquence des troubles gastro-intestinaux masque la maladie, donc le praticien doit compter beaucoup sur les examens de laboratoire au point de vue diagnostic.
- 3^o La maladie de la première enfance commence subitement avec une marche très irrégulière (une forme septicémique).
- 4^o Parfois la fièvre typhoïde se présente sous une forme méningitique, mais ce n'est pas souvent une vraie méningite, mais simplement une irritation des méninges (méningisme).
- 5^o Les lésions (pathologiques) présentent chez l'enfant certaines particularités. Ces particularités sont manifestes chez le nourrisson. L'ulcération des follicules et des plaques de Peyer, exceptionnelle chez le nourrisson, augmente de fréquence avec l'âge.
Ces ulcérations manquent dans le quart des cas : elles sont tardives, peu nombréuses, petites et se cicatrisent rapidement ; chez l'adulte au contraire, elles sont la règle.
- 6^o La fièvre typhoïde est très rare chez les enfants au-dessous de 6 mois. Il semble que l'enfant jusqu'à cet âge a une certaine immunité à l'infection.
- 7^o La leucopénie qui caractérise la maladie manque dans la première enfance et l'enfant malade présente souvent de la leucocytose parce que la maladie s'est manifestée comme une septicémie.
- 8^o Chez les enfants les complications sont surtout dans l'appareil respiratoire ; d'autres complications surviennent aussi, telles que le méningisme, la méningite et l'otite moyenne.
- 9^o En règle générale, le pronostic de la fièvre typhoïde est moins dangereux que chez l'adulte.
- 10^o Le traitement est le même que chez l'adulte, on surveillera en plus les complications qui pourront survenir et on applique le traitement correspondant.

Ce qui importe dans le traitement sont surtout les mesures hygiéniques et prophylactiques.

BIBLIOGRAPHIE

1. Nouveau traité de Pathologie interne, tome I (1926).
 2. Précis de médecine des enfants par P. NOBECOURY.
 3. Traité des maladies de l'enfance par J. COMBY.
 4. *La Revue médicale Egyptienne* (Janvier 1923).
 5. *Journal médical de Lyon* (Novembre 5, 1925).
-